

先進諸国における 訪問介護サービスの変容と今後の課題 —日本、フランス、ドイツ、オランダを中心に—

藤 森 宮 子

要 旨

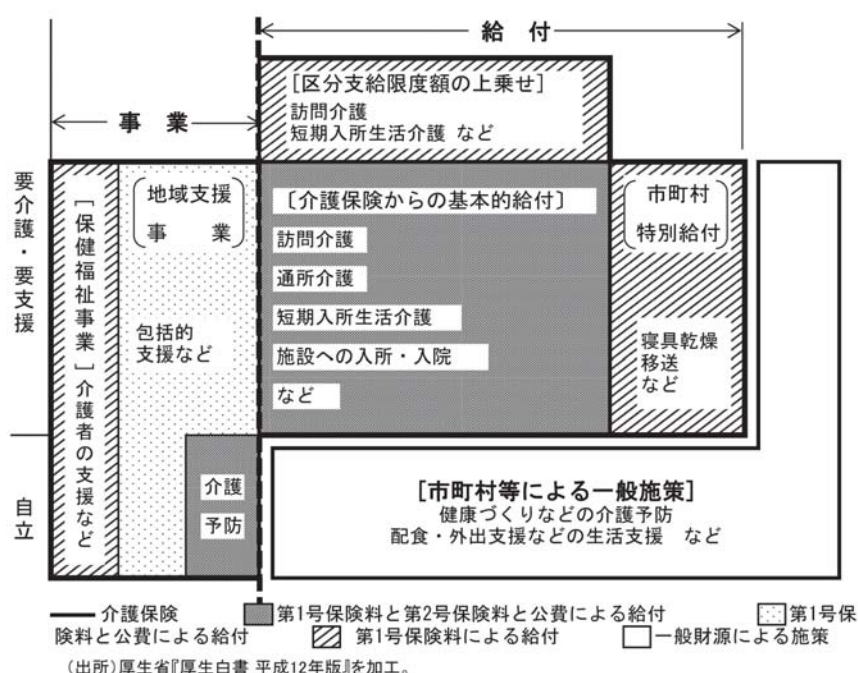
2013年現在、日本では2015年の介護保険制度改正にむけて、厚生労働省が打ち出した改正案の中に、軽度な自立喪失兆候を示す要支援者に対する訪問介護サービス給付の変更がある。現在の要支援者に対する訪問介護サービスは介護保険の法定給付であるが、改正案では市町村の裁量による新しい地域支援事業の中に組み込まれる。市町村の方針や状況に合わせて、地域のNPOやボランティア団体、企業などを活用して、介護予防、配食、見守りなどの生活支援サービスを提供するという方向性である。しかしながら、要支援者が最も利用してきたのは訪問介護サービスであることから、改正案はその縮小である、という見方ができる。さらに現在ではまだ見えにくい、介護保険や行政サービスによる準市場ではない、自由市場における家事・介護に関連する生活支援サービス振興の狙いにも気付かされる。そこで本稿では先進諸国の公的介護制度の中で、訪問介護サービスはどのような動向を示しているのかを見る。その上で、社会福祉の訪問介護サービスを市場の対人サービスに包摂したフランスにおける高齢者援助政策の推移を見る。

キーワード：日本の介護保険改正案、生活援助サービス、先進諸国の訪問介護サービスの動向、フランスの訪問介護サービス市場

はじめに—要介護認定の“軽度者”を訪問介護給付の対象外とする 改正案の先に見えるもの

2000年4月に導入された日本の介護保険制度は3年に一度の改正が規定されている。2015年度の次回改正案として、2013年9月、厚生労働省から要支援者に対する介護予防給付を地域支援事業に移行させる案が提示された。介護保険の財源で実施されているサービスには個別給付と地域支援事業の2系統がある（図1）。個別給付は法定給付としてサービスの質を保つための人員基準や運営基準、単価が全国一律に定められている。これに対して地域支援事業の内容については全国一律の基準はなく、人員基準や運営基準は市町村の裁量に委ねられる。

要支援者への予防給付として提供されている個別給付を地域支援事業へ移行させるという案は利用者の間からこれまでと同じサービスが受けられるのか、と不安の声が広がった。“介護

図1 日本の介護保険下における給付・事業の現行の仕組み¹

注1 原著の図タイトルは「介護保険の給付・事業」

出典 椋野美智子、田中耕太郎著（2013）『はじめての社会保障 第10版』、有斐閣 p.133.

保険の財源の中での、「給付から事業への移行」を示しているだけのようであるが、一部自治体が懸念を示したように、移行によって介護保険財源だけでは不足し、一般財源からの投入が必要になれば、市町村財政を圧迫しかねない。それを防止するために自治体の一般財源からの投入に上限規定や特例追加財源措置をすることはできるだろうⁱ⁾。本稿はそれとは違う観点から今回の改正案に注目したい。今回の改正案は、準市場の介護保険サービスと自由市場のサービスとが競合する、新しい局面が誘発される仕掛けとなるのではないだろうか。具体的には予防給付の中の訪問介護サービスに焦点を当て、この考えを展開したい。なぜなら要支援者の予防給付の地域支援事業への移行のねらいが、要支援者への訪問介護給付、すなわち生活援助サービスによる歳出膨張を阻止する方策であると考えられるからである。準市場サービスと自由市場サービスとの競合を考える上で、先進主要国での現金給付による在宅介護給付の運営状況を参考とする。I章で日本の高齢者の生活援助ニーズと介護保険との関係を整理し、II章で先進主要国での公的介護制度の概要から日本の介護保険の性格を把握し、先進諸国の訪問介護サービスの動向と日本のそれとの違いを探る。III章でフランスを例にして、自由市場における訪問介護サービスに対する公的施策の影響に触れながら、日本の介護保険改正案から予想される介護業界の新たな局面と、現在の状況に対する改善案を示したい。

i) 時事通信 2013年11月13日 「介護『要支援』に追加財源＝市町村移管で特例―厚労省」
<http://www.jiji.com/jc/zc?k=201311/2013111300471>

I. 日本の介護保険と高齢者の生活支援ニーズ

2013年9月4日に開かれた第47回社会保障審議会介護保険部会（山崎泰彦・部会長）において、厚生労働省から要支援者に対する介護予防給付を地域支援事業に移管させる案が提示された。介護予防給付の移行に加えて、地域支援事業の生活支援サービス提供体制を強化した「新しい総合事業（要支援事業・新しい介護予防事業）」の創設が提案されている。しかしながら、要支援者への予防給付の地域支援事業への移行という報道から、主目的は訪問介護サービスを要支援者の給付から外すことである、と考えられた。なぜなら今回の改正の要因は介護保険財政への懸念であり、訪問介護サービスは要支援1・2の受給者が最も利用しているサービスで、この認定度の受給者の46.5%が受けているサービスなのであるⁱⁱ⁾。案の定、2か月後の11月に入り、厚生労働省は要支援者に対する介護予防給付の地域支援事業への移行は訪問介護サービスと通所介護に限り、その他の予防給付（福祉用具、訪問看護など）はこれまで通り予防給付に残す、と路線変更を発表した。通所介護は訪問介護に次いで利用者が多い。

訪問介護サービスは大きく区分すれば、生活援助と身体介護とがあるが、要支援者の場合、生活援助として、介護職による家事、食事の支度、買い物、洗濯などのサービス給付を受けている。訪問介護は在宅生活を支えるサービスの基本であり、「本来なら独居や高齢夫婦であっても、その在宅生活を支える専門性の高いサービスにならなければならないのに、実態は単なる家事代行サービスに終わっている」ⁱⁱⁱ⁾、と社会保障審議会介護保険部会の審議委員であった池田省三龍谷大学名誉教授（2013年4月に永眠）が2010年に刊行した著書の中で訪問介護サービスを批判している。同書の中には同名教授が委員在任中、同審議会の中で舌鋒鋭く展開していた持論が随所にみられ、それらは厚生労働省が発表した今回の改正案の方向性と一致する。

1. 訪問介護サービスをめぐる近年の改正点

訪問介護は前回の2012年介護保険制度改正により、すでに二つの変更をしている。一つは従来からの生活援助サービスの時間区分の短縮であり、もう一つは24時間地域巡回型サービスという新しい制度の導入である。前者は2012年4月から実施されており、従来は「30分以上60分未満」と「60分以上」の料金設定であったが、「20分以上45分未満」と「45分以上」に改定された。そのおよそ半年後の2012年8月に、全労連が全国の介護職を対象に行ったアンケートの中間報告（1,222人回答）によると、改定前に比べて「訪問時間が減った」「ケア内容を制限するようになった」と回答した介護職はともに6割であった。「利用者との会話時間が減った」と答えた介護職は7割に上った。また、約半数の介護職が「時間内に仕事が終わらない」と答

ii) 池田省三（2011年）『介護保険論—福祉の解体と再生』、中央法規出版株式会社、p. 222.

iii) 同上、p. 178.

え、サービス時間が減ったことで、「収入が減った」という介護職も約4割に上った。彼女（彼）らからは「生活援助は単なる家事代行サービスではない。低賃金で会話も少ないケアではヘルパーのなり手もなく、やりがいも感じられない」との声が上がっている、と報告された^{iv)}。訪問介護サービスの意義は、介護職が定期的に高齢者宅を訪問することで、家事援助をしながら、同時に利用者の心身の状態の変化、身の出来事や環境なども考慮に入れつつ、利用者の生活全般を包括的に見守ることであると思われる。しかし、上述した池田省三審議委員（当時）が「単なる家事代行サービス」と酷評した生活援助サービスの提供の実態と、介護職当事者の見解とは大きな隔たりがある。訪問介護職が足りず、介護度が重い人にサービスを集中するべきであるというのが今回の改正案の根底にある思想であるが、介護職の大幅な拡充を図らなければならない今後に向けて、介護職の定着を図る上からも彼女（彼）らの仕事へのやりがいをどのように担保するのかが大きな課題である。

もうひとつの訪問介護に関する2012年の改正である24時間地域巡回型サービスは、夜間や早朝も含めて必要な時に一日に何回か短時間の訪問介護サービスを受けられることで自宅で暮らし続けることを目指すもので、スウェーデン、オランダなど欧州では普及しているサービス、と池田省三の上述の著作の中でも推奨されている^{v)}。しかし、施行から1年半経った2013年9月末現在、24時間地域巡回型サービスを実施する民間事業所がある自治体（広域連合を含む）は、全国1,580保険者のうち、約1割の166にとどまる。実施は東京、大阪など大都市圏に集中している。2013年11月11日付の秋田魁新報は「全国一律の事業単価など、制度の画一的な運用が普及を妨げているのではないか。（中略）過疎化が進む地域が多い地方ではホームヘルパーの一人当たり担当エリアが広くならざるを得ない。その分スタッフの担当地域が大きく、経費が掛かり増しになるのは当然だ。（中略）大都市圏に比べて地方が経費増になるとすれば、その分を国や市町村が負担するなど事業者の新規参入を後押しする具体策を示す必要がある^{vi)}、と改善を求めている。

以上の2つの改正に加えて、新たな改正案の是非を判断するためには訪問介護の実施状況に関する様々な調査結果の必要性を感じる。厚生労働省研究班による調査結果^{vii)}で2012年現在、認知症高齢者462万人と推定される高齢社会において、訪問介護の生活援助サービスの在り方は根源的な主題であり、これまで十分に論議が尽くされてきたのだろうか。

iv) 毎日新聞 東京朝刊 2013年1月28日「介護報酬改定、ヘルパーアンケート『ケア内容制限』6割に」。

v) 池田省三（2011年）p. 175。

vi) 秋田魁新報 2013/11/11 《社説：24時間在宅介護 地域事情に即し改善を》
<http://www.sakigake.jp/p/akita/editorial.jsp?kc=20131111az>

vii) 2013年6月2日 産経ニュース「認知症高齢者462万人、厚労省研究班 予備軍も400万人」（家族・少子高齢化）、厚生労働省研究班（代表者 朝田隆筑波大教授）が2009年から2012年に全国8市町で実施した調査結果から、全国の有病率を15%と推計し、2012年時点の高齢者数3079万人から認知症の人を約462万人とした。

<http://www.sankei.jp.msn.com/life/news/30602/tr//30808020826000s-12.htm>。

2. 高齢者の生活支援へのニーズ

前述した2013年9月4日の社会保障審議会介護保険部会の配布資料1 (p. 12) によれば、要支援者への介護予防給付の地域支援事業への移行によって、「市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取り組みを含めた多様な主体による柔軟な取り組みにより、効果的かつ効率的にサービスの提供をできるよう、地域支援事業の形式に見直すこと」を検討し、「市町村の判断でボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等の地域資源を効果的に活用できるようにしていく」ことが提唱されている。日本人の家族形態は大きく変容し始めており、2010年の国勢調査結果では、1人暮らし世帯が32.4%で、初めて夫婦と子ども世帯の27.9%を抜き、世帯形態のトップとなった。今後、この流れは加速するという。国立社会保障・人口問題研究所の「日本の世帯数の今後の将来推計」(2013年1月の推計)によると、2035年の1人暮らし世帯は37.2%に増加し、夫婦と子ども世帯は23.3%に減少するという。少子化、未婚化、離婚の増加の一方で、日本人の寿命は今後も長くなり、孤立化の問題に社会が取り組まなければならない。今後、団塊世代が後期高齢期に入る10年後を見据えて、地域の互助組織や非営利サービスのネットワークの強化は、確かに各地で真剣に取り組むべき課題である。介護保険のサービスだけで完結するわけではない。高齢者が地域で生活を継続するためには、公的介護サービス以外の生活支援サービスが必要である。「社会から孤立し、生活行為や心身の健康維持ができなくなっている(セルフ・ネグレクト)高齢者が、全国で1万人以上いるとの推計報告がある」と厚生労働省老健局報告が伝えている^{viii)}。同報告によれば、高齢者支援を目的とする60歳以上の住民グループ活動は5.9%に過ぎず、高齢者見守りネットワークを形成している自治体は36.8%で、住民の互助活動による生活支援サービスや見守り活動は十分とは言えない。都市部・地方に限らず、高齢者世帯の約5割が買い物に不便を感じており、高齢世帯の4割以上が「家の中の修理や電球交換など」に困っている。民間の生活支援サービスを利用している人の8割以上は高齢者で、半数が独居世帯である。利用しているサービスは、家事援助や通院介助、外出支援が多い。訪問介護、通所介護サービスのほかに、高齢者の日々の生活の中で生じる多岐にわたるニーズに応える支援ネットワークづくりは住民自ら率先して実現させるのが民主主義の市民社会に課せられた課題である。しかし、概して都市部では住民自治は希薄であり、行政が住民互助を前提に地域支援事業を組み立てれば、現実とのかい離を生むことになるだろう。「互助は地域の文化であり、地域の責任でもある」と明快に言う池田省三は、「互助の希薄な地域は基本的に有料サービスなどの自助に委ねられ、これが困難なものについては市町村単独事業でカバーするしかない^{ix)}」と、個人の責任である自助、低所得者への公助、市民による共助の仕分けに言及している。

viii) 2013年5月15日に開催された第44回社会保障審議会介護保険部会での配布資料1「介護保険制度を取り巻く状況」

ix) 池田省三(2011年)、p. 240.

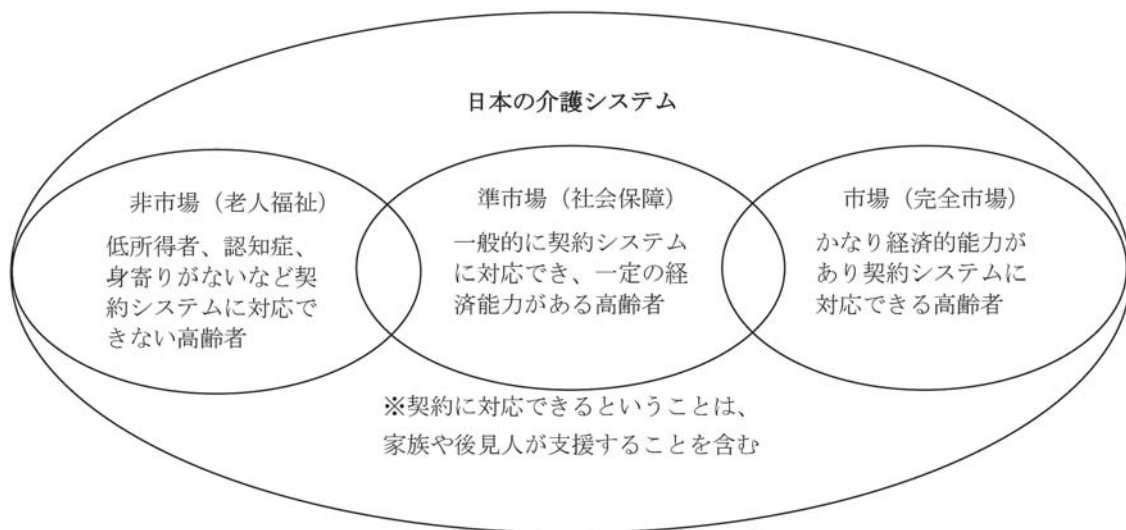


図2 対象となる高齢者層を的確に把握した介護システム像

出典 結城康博著（2011）『日本の介護システム—政策決定過程と現場ニーズの分析』岩波書店 p.219.

3. 準市場サービスと自由市場サービスの競合の可能性

社会保障審議会介護保険部会の現在の委員の一人である結城康博が2011年に発表した著書『日本の介護システム—政策決定過程と現場ニーズの分析』の中に、準市場である社会保険制度の可能性と限界についての論述がある。介護保険創設以前は日本の介護システムは福祉制度を基本として行われ、財源はすべて公費で賄われていた。介護保険創設により「介護費用の半分は保険料で賄うことで安定的な財源を確保するものとされた」。しかし、「介護保険制度が創設されて9年足らずで、介護保険料の上昇が問題となり、（改正）4回目となる2012年の保険料改定では、平均的な介護保険料である基準保険料額5,000円を超えないようにするため、財政化安定基金及び市町村準備基金（介護保険特別会計）を取り崩し、再度、保険料上昇を抑える努力が続けられている。こうしたことから、いまや保険料による財源調達も限界にきているといえる」^{x)}と述べている。また、「公共財」と「私的財」の経済学の基礎理論を応用して、「救貧的介護サービス（特に、低所得者層や契約能力が低い認知症高齢者に対する）は、「公共財」に近いサービス、（中略）、一方、高所得者を対象とした介護サービスは、一定の「排除性」「競合性」があってもよく、このようなサービスは、「私的財」に近いと理解できる。介護サービスを「公共財」もしくは「私的財」の側面で捉え、「市場」「準市場」「非市場」といった考え方を基にしながらサービス体系を構築していけば、現場ニーズと介護システムは乖離しにくくなる」^{xi)}として、図2を示している。

要支援者への訪問介護サービスが市町村の地域支援事業へ移行すれば、訪問介護サービスは

x) 結城康博（2011年）『日本の介護システム—政策決定過程と現場ニーズの分析』、岩波書店、p. 219－220.

xi) 同上、p. 217－219.

三層の構造になる、と考えられる。第1は介護保険の法定給付であり、要介護1～5と認定された人たちが対象である。介護報酬の単価や人員配置などは国によって定められている。第2は市町村の裁量による地域支援事業として、要支援者へ提供される。単価も人員配置も市町村ごとに定められ、有償ボランティアに頼るのか、NPO（特定非営利活動法人）、公的機関あるいは企業との契約によるのか、市町村の方針と地域の社会資源による。第3には介護保険下には入らない自由市場のサービスである。第3の分野は企業やNPO、あるいは家政婦協会などによる家事代行サービスなど、これまでも存在しているが、日本ではまだ小さい市場である。しかし、今回の改正案が現実になったときは成長産業分野として、参入企業も増えるだろう。生活援助サービスは高齢世代や障害者だけのニーズではない。ひとり親家庭で育ち盛りの子どもがいる家庭を訪問して保護者の留守中、子どもの養育と家事を担うホームヘルパーが必要ではないだろうか。さらには、もっと幅広く共稼ぎの子育て世代にとっても出産を機に女性が仕事を辞めるのではなく、職業と家庭生活の両立が労働人口減少社会の日本の今後の在り方と認識されていることから、これからますます家事代行サービスのニーズが増えていくことが予想される。2013年3月、民放TV番組で塩崎恭久・自民党政調会長代理が以下のように発言している。「女性が一生働けるようにするには、家事支援をもっとやらないといけない。私は税制で優遇した方がいいと思っている。そういうコストを、ちゃんと所得控除してあげる。今は例えばベビーシッターを雇うと、こういうものに対する支出は、所得を得るための必要経費ではないという整理になっている。私は、そんなことはないだろうと思う。家事支援はとても大事。フランスは4千億円くらいこれで使っている」^{xii)}。高齢者への生活援助サービスと、子育て世代の家事代行サービスを同じ次元で語るのは奇異に感じられるかもしれない。しかし、フランスではともに対人サービスとして包括した政策が実行されているのである。こうした訪問対人サービスを振興する目的で、租税や社会保険料の免減措置や低額消費税が適用されている。

話を日本の高齢者介護サービスとしての生活援助に戻す。今後の訪問介護の三層構造の中で、上述の第2の要支援者への市町村の裁量による地域支援事業としての訪問介護サービスにおいて、その水準はこれまでより低くならざるを得ない。すなわち10月30日に開かれた第51回社会保障審議会介護保険部会で示された「予防給付の地域支援事業への移行（案）」の「事業費の上限の設定について（イメージ）」では「給付見込額の伸び（約5～6％程度）から後期高齢者の人数の伸び（約3～4％）程度に効率化する」とある。つまりは「現行の介護の必要度に応じた伸び率を、少なくとも2％は抑制することになる」^{xiii)}。介護保険部会の審議を傍聴した小竹雅子は「『予防給付の移行後も、介護保険内でのサービス提供であり、財源構成は変わらない』という厚生労働省の説明の矛盾」を指摘している。つまり今回の改正案はサービス給付

xii) 朝日新聞デジタル「『女性が働くためには家事支援をもっと』 自民・塩崎氏」2013年3月24日。
<http://www.asahi.com/politics/update/0324/TKY201303240032.html>.

xiii) 小竹雅子「特別寄稿 プログラム法案で決まる要支援者の給付は少し—介護保険制度改革の論点(7)」2013年11月5日、『ケアマネジメント オンライン』p.1.
http://www.caremanagement.jp/?action_news_detail=true&storyid=11500&view=all.

の水準低下の責任を市町村に転嫁するものなのである。要支援者の中には第3の自由市場のサービスを求めざるをえない人びとも出てくると予想される。高度な技術とサービス精神に富んだ良質なサービスを購入できる高齢者もいれば、劣悪だが、非常に安価なサービスを購入することを余儀なくされる高齢者もいるだろう。介護保険の創設によって、自由市場の営利企業も社会保険という公的な枠組みに指定され、準市場サービスに組み込まれた。2012年の介護労働安定センターの調査結果では、介護保険下の訪問系事業所の63.3%が民間企業、8.4%が医療法人、6.2%が社会福祉協議会、5.5%が社会福祉法人、5.2%がNPO、9.8%がその他、1.7%が無回答となっている^{xiv)}。準市場といっても日本の介護保険の場合、単価は国が定めており、真の意味での競争は生じていない。だが、介護保険の指定業者ではない企業が多く参入すれば、自由市場のサービス産業として価格とサービスの競争が起こるだろう。要支援者の中には認知症の人が多いといわれている。介護される人への保護及び支援という観点から、自由市場のサービスに行政の介入はどういう形でありうるのだろうか。他方、介護を担う人の身分は訪問系事業所の場合、68.7%が非正規職員である^{xv)}。流動性の高い労働力が多数を占めており、能力に自信のある人は介護保険の指定業者か否かを問わず、より高い報酬を提示する事業体に流れる可能性は大いにあるのではないだろうか。

Ⅱ. 先進諸国における訪問介護サービスの動向

日本の介護保険は上述したように超高齢化進行による財政的見地から要介護度の重い人に財源を重点的に投入することが指向され、要支援と呼ばれる軽度の自立喪失の人へのサービスを抑制するという方針の下での改正案である。しかしながら、生活援助サービスは高齢者介護サービスとしてなじみのある基本的なサービスである。他の先進諸国では、訪問介護サービスはどのような位置づけで施行されているのだろうか。同時に訪問介護サービス実施はどのような問題を抱えているのだろうか。こうした我々の関心を突き進めていくために、本章では内外の先行研究や調査結果による文献を参考にして、最初は幅広く先進主要国の公的介護制度を俯瞰して、介護制度の類型化を試みる。法的根拠や運営主体、適用条件、財政構成などによって、それぞれの公的介護制度の異なる特徴を大づかみに把握し、介護制度の財政的規模をGDP比によって見定める。その上で、日本を含めて介護保険を実施している5つの国におけるそれぞれの介護保険制度の概略を知ること、日本の介護保険の特徴を浮き彫りにする。次に日本同様に介護保険を実施しているドイツ、オランダなどを中心に訪問介護サービス、特に生活援助サービスの実施状況を調べる。訪問介護サービスは介護する人と介護される人との濃密な関係を醸成するサービスであり、訪問介護員に関する先進主要国の共通点や日本と異なる政策を

xiv) 財団法人 介護労働安定センター（2012年）『介護労働の現状について—平成23年度介護労働実態調査』、平成24年8月17日、p. 5.

xv) 同上、p. 10.

知る過程を経て、改めて日本の介護保険制度改正案について考察する結論へつなげる。

1. 先進主要国の公的介護制度の類型化

人口の高齢化に伴ってこの数十年の間に制度化されてきた高齢者介護制度は、第二次世界大戦後に福祉国家を目指して各国が制度化した社会保障制度の相違を反映して、共通点とそれぞれ特徴とがある。それらを大きく分類する試みとして、まず第1に心身の機能の劣化によって日常生活行為を行うために第三者の援助が必要になった、いわゆる要介護状態であることが証明された人には誰でも給付サービスが受けられる普遍主義と、給付サービスには所得条件が課せられる選別主義の制度とに区分けできる。21世紀の今日においては、先進主要国の大方は前者の普遍主義の公的介護制度を採用している。これに対して英国、アメリカ合衆国の制度は選別主義に分類できる（表1）。

表1 先進主要国の公的介護制度の類型化

普遍主義の給付			
	単独システム	租税による財政措置	北欧諸国（スウェーデン、デンマーク、ノルウェー、フィンランド）
		公的介護保険	オランダ、ドイツ、ルクセンブルク、日本、韓国
		保健制度に組み入れ	ベルギー
	複合システム	並行的普遍給付	イタリア
		応能負担の普遍給付	フランス、オーストリア、オーストラリア
		普遍給付と所得条件つき給付の併存	スイス、ニュージーランド
選別主義の給付（低所得者へのセーフティーネット）			
			米国、英国

出典：Colombo F. & Llina-Nozal A. & Mercier J. & Tjadens F. (2011) *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Paris: OCDE, p. 260 – 278を基に作成。

1-1. 普遍主義：単独システム

普遍主義の性質の給付サービスを実施している国の中でも、単一の独立した制度を形成した国と、2つ以上の制度の併存、組み合わせで介護保障をしている国とで分類することができる。前者の単独制度も財政のしくみが租税方式のグループと、日本のように社会保険方式の国々がある。租税方式はスカンジナビア諸国で、介護保障財政の規模が大きく、その国内総生産（以下、GDPと記す）比は総じて高い。世界で最も高いGDP比のスウェーデン（3.6%）をはじめ、ノルウェー（2.0%）、デンマーク（1.8%）、フィンランド（1.8%）である^{xvi)}。

xvi) 本節の公的介護保障制度の財政額のGDP比は2009年—2010年にOECDの調査結果の資料による。Colombo F. & Llina-Nozal A. & Mercier J. & Tjadens F. (2011) *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Paris: OCDE, p. 263 – 267.

表2. 介護保険を実施している5カ国の制度の特徴

国名	実施年	運営主体	財源	受給基準	給付
オランダ	1968年	州保険者 (民間保険会社)	・所得別社会 保険料 ・応能負担 利用料	どの年齢でも、長期 ケアが必要な障害の ある人	現物給付 (施設、居宅) 現金給付 (在宅ケア)
ドイツ	1995年	介護保険金庫	・所得別社会 保険料 (100%)	ニーズ判定による 年齢条件なし	現金給付か 現物給付 (利用者の選択)
ルクセンブルク	1999年	全国健康保険金庫	・租税 (約45%) ・保険料 ・特別税	どの年齢でも、長期 ケアが必要な障害の ある人	現物給付か 現金給付 (利用者の選択)
日本	2000年	市町村	・租税 (45%) ・保険料 (45%) ・利用料 (10%)	・長期ケアが必要な 65歳以上 ・40歳～64歳で、老 いによって生じる 疾病患者	現物給付
韓国	2008年	全国疾病保険機関	・租税 (37%) ・保険料 (52%) ・利用料 (11%)	・長期ケアが必要な 65歳以上 ・より若年層で老い による疾病患者	現物給付か 現金給付

出典：Colombo F. & Llina-Nozal A. & Mercier J. & Tjadens F. (2011) *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Paris: OCDE, p. 268 – 271を参照して作成。

社会保険方式の国には介護給付サービスのために独立した財政制度をもつ介護保険の国と、ベルギーのように医療保険の中に介護保障を組み込んでいる国とがある。ベルギーでは在宅サービスの生活援助費用も医療保険で賄われる。

介護保険を制定した国は5か国にのぼり、オランダ、ドイツ、ルクセンブルク、日本、韓国の順に導入された(表2)。日本が介護保険を1997年12月に法制化し、2000年4月から実施した過程で大いに学習したのがドイツの制度であったが、そのドイツは介護保険創設の検討期間中にオランダの制度を参考にしたといわれている^{xvii)}。ルクセンブルクもドイツの介護保険を学び、韓国は行政官や留学生が日本の制度を綿密に吟味して創設して2008年から施行している。オランダの介護財政額のGDP比は高く(3.5%)、スウェーデンに次いで世界第2位である。ルクセンブルク、日本の財政規模はOECDの平均GDP比(1.5%)あたりとなっている(両国とも1.4%)。経済力の大きさに対してドイツの介護保険の財政規模は若干低いGDP比(0.9%)であり、さらに韓国の制度は非常に抑制されたGDP比となっている(0.3%)。

xvii) 大森正博(2011)“オランダの介護保障制度”、『レファレンス』平成23年6月号、p. 52.
<http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/refer/pdf/072503.pdf>

1-2. 普遍主義：複合システム

上記の単独システムで介護保障を網羅している国々と異なって、複数の異なる制度で介護保障を構築している複合システムの国々がある。普遍的な給付サービスと並行して、異なる制度による給付サービスが、普遍的であれ、選別的であれ、組み合わせられて総合的に介護保障を形成している。このタイプの多くの国で給付サービスの対象、適用条件、地域などが限定されている。普遍的な給付サービスに並行する制度の普遍性の度合いで、3タイプに分類できる。

- ① 普遍的制度と併存する制度も普遍的制度のグループである。イタリアの場合、療養型医療センターは医療制度に含まれて医療予算による介護援助が受けられる。反対に在宅サービスに関しては保健と福祉の制度で分担され、介護費用のおよそ半分をカバーする介護手当がある。この手当は介護専門職、あるいは家族介護者への報酬となる^{xviii)}。
- ② 普遍的給付サービスであるが、給付は利用者の所得に応じて変動するなどの適用方法・条件がある。たとえば、フランスの場合、60歳以上で中重度以上の要介護状態であれば租税による普遍的給付サービス、個別自律手当（APA）を受給できるが、この給付制度は介護保障の全体の一部であり、医療保険など社会保険制度からの拠出も大きい。個別自律手当（APA）の受給額は利用者の所得に応じて変動する。軽度の要介護高齢者には老齢年金金庫から訪問介護給付費用助成、予防活動が提供されている^{xix)}。
- ③ 普遍的給付とともに他の制度が併存し、後者には所得条件がある場合とない場合とがあるが、普遍性は3つの複合システムの中で最も弱い。スイスを例にとると、義務的医療保険を通じて普遍的医療系サービスが施設でも在宅でも提供されている。また所得条件付きで補足現金給付制度がある。これは長期的な機能不全状態の高齢者や障害者を対象としており、介護費支払い用に障害年金、老齢・遺族年金制度からの給付である。要介護サービス総費用の60%が当事者に課せられている。もし現金給付を選んだ場合、自己負担は36%程度になる^{xx)}。

普遍主義・複合システムの国の介護財政額のGDP比はフランス（1.7%）を除いて、概して単独システムの国々のそれよりも低めで、オーストリア（1.1%）、オーストラリア（0.8%）、スイス（0.8%）、ニュージーランド（1.3%）である。

選別主義の国の介護財政のGDP比も低めで、英国（0.96%）、アメリカ合衆国（0.6%）である。

xviii) Colombo F. & Llina-Nozal A. & Mercier J. & Tjadens F. (2011), p. 272.

xix) 藤森宮子（2013）「フランス—高齢者福祉」、宇佐見耕一、小谷真男、後藤玲子、原島博編集代表『世界の社会福祉年鑑 2013 第13集』、旬報社、p. 120-123.

xx) Colombo F. & Llina-Nozal A. & Mercier J. & Tjadens F. (2011), p. 274-275.

2. 介護保険を実施している5カ国における日本モデルの特色

上述したように介護保障に社会保険導入の先陣を切った国はオランダである。1968年から導入されているオランダの介護保障制度は、特別医療費保険（AWBZ）と呼ばれ、厳密に言うと長期療養サービスを中心にカバーする公的医療保険の一環として整備されたものである^{xxi)}。介護保険による介護保障制度は財政的に安定性があるが、それでも各国とも高齢化の進行で変革を重ねてきている。表2に概略をまとめたが、日本の介護保険の特色は現物給付だけで現金給付がないことである。日本の介護保険の施行当初、離島や山間僻地のサービスがない一部の地域に家族ヘルパーとして家族援助者への現金給付の特例措置を設けたが、それも徐々に現物給付に切り替えられた。地域の単独事業として現金給付を行う市町村はあるが、介護保険の理念に反するとして批判があり、残余的存在である^{xxii)}。韓国ではサービスのない地域では現金給付が規定されている。ドイツでもルクセンブルクでも現金給付が中心となっており、ルクセンブルクでは現物給付から現金給付に変更する場合は半分に換算される^{xxiii)}。後述するように現金給付の存在は在宅の介護サービス状況に深くかかわりあっている。もうひとつ日本の介護保険が欧州の制度と異なっているのは給付対象に年齢条件があることである。欧州の介護保険はすべての年齢で日常生活に第三者の援助が必要な人として、高齢者だけに限定されていない。日本の介護保険は加齢によって生じる特定疾患の40歳～64歳の被保険者も受給できるが、基本的には65歳以上の高齢者を給付対象としている高齢者介護制度である。韓国は日本の制度にならって高齢者介護保険とした。表2の概略では明示されていないが、日本の介護保険の第3の重要な特徴は、総合的な給付制度として設計されたことである。給付の対象者は最も軽度な要支援から最重度の要介護度の人まで6段階のすべてをカバーする制度として出発した。しかし、ドイツの介護保険制度の給付対象者は相当程度以上の要介護度の人という中重度の要介護度が対象である^{xxiv)}。日本の介護保険は2005年改正で要支援を1・2の2段階にわけ7段階とし、予防給付を重点化したが、他方で療養型医療施設を介護保険からはずす方向にした。今回、要支援の訪問介護サービスを給付から地域事業へ変更すると、日本の介護保険の総合性はさらに減退してゆくことになる。

xxi) オランダの公的医療制度は3つの部門から成り、その1が長期療養のための特別医療費保険（AWBZ）、2が短期医療費をカバーする健康保険（ZVW）、3が1と2でカバーされない医療費、たとえば歯科治療などのための私的医療保険となっている。大森正博（2011）、p. 3、p. 52-53。

xxii) 菊池いづみ（2010年）『家族介護への現金支払い』、公職研、p. 235-304。

xxiii) 和田 勝 編著（2007年）『日本・ドイツ・ルクセンブルク国際共同研究 介護保険制度の政策過程』、東洋経済新報社、p. 3。

xxiv) ドイツの介護保険の対象者は介護等級Ⅰ「相当の要介護」・介護等級Ⅱ「重度の要介護」・介護等級Ⅲ「重度の要介護（過酷な場合）」という3段階である。岡崎仁史（2003年）「ドイツ—社会福祉の状況Ⅰ 介護保険」、仲村優一、阿部志郎、一番ヶ瀬康子 編集代表『世界の社会福祉年鑑 2003 第3集』、旬報社、189-192。

3. オランダの経験：生活援助サービスの介護保険から市町村福祉制度への移管が、生活援助職と利用者にもたらした変化

2007年、オランダは生活援助サービスについて、特別医療費保険（AWBZ）分野、すなわち介護保険制度から市町村所管の社会支援法（WMO）へ移管した。この変更で特別医療費法（AWBZ）の制度から市町村へ在宅サービス供給の名目で、10億ユーロが移転された^{xxv)}。特別医療費法（AWBZ）による介護サービスはそれまで州政府の所管であったためにほとんど競争市場となっていなかったが、2007年以来、介護（生活援助・身体介護）サービス事業には生活援助市場からの供給が加わった。従来までは生活援助サービスは援助職のレベル1（資格取得のための研修期間は1年、実習中心）とレベル2（資格取得は、フルタイムの2年間の職業教育）の在宅援助員が一定の比率（たとえば35対65の割合）でサービスを提供していた。ところが市町村はこの比率を逆転させ、サービス事業者に従来より低い価格の受け入れを強いた。だが、事業所の援助職員の比率は従来の比率が反映されていたから、新しい価格では原価が割れてしまう。事業者の中には市町村管轄下での事業継続を断念したり、あるいは生活援助職の労働条件を切り下げざるをえなくなった。こうして解雇、不利な労働条件の求人募集が続いた。援助職の方では勤め先の変更や、これまでより低い労働協約（例：掃除会社など）に変更しなければならなくなった。新雇用先は短期雇用か、より限定された労働時間数規定の雇用しかなかった。こうした状況下で多くの援助職は、労働時間が最大週24時間である自営ヘルパー職になることを余儀なくされた。この身分の労働者は労働不能となった場合、疾病保障の一部を自己負担しなければならない。しばしば以前の雇用主が自営ヘルパーに顧客を紹介する仲介業の役割を果たした。自営ヘルパー職の場合、雇用主はその顧客なのだが、顧客の方はこの仕組みを理解してはいない場合があった。1998年から2005年の間、自営ヘルパーの数は減少し続けていたのだが、2008年には1998年当時の人数を超え増加していった。この事態を改善するための法改正が可決され、自営ヘルパーを強いられた援助職を再雇用するよう事業主に促し、事業主による顧客紹介業は禁止とされた。こうしてオランダでは2010年以来、援助サービスが必要な人は現物給付か、現金給付（自営ヘルパーを雇い入れるための給付）かを選択することができるようになった。

4. 先進諸国における生活援助職の二層構造的性

OECDの調査結果^{xxvi)}を見ると、先進主要国の大半は在宅給付に現物給付と現金給付を併存させている。在宅介護給付として現金給付のない国は日本とカナダだけである。ニュージーランドとアメリカ合衆国の制度は主として現物給付とされる。介護保険導入のオランダ、ドイツ、ルクセンブルク、その他のタイプの普遍主義の国、スウェーデン、ノルウェー等のスκανジナ

xxv) Colombo F. & Llina-Nozal A. & Mercier J. & Tjadens F. (2011), p. 217 – 218.

xxvi) 同上、p. 263 – 267、269.

ビアの国、あるいはフランス、ベルギー、オーストリア、イタリア、スペイン、選別主義に区分けされた英国等々、どの国もみな現金給付と現物給付とがある。現金給付は現物給付よりも低い価格に設定され、介護財政にとって支出抑制の効果が大きい。ドイツでもルクセンブルクでも現金給付は現物サービス価格の半額と算定されている^{xxvii)}。ドイツの介護保険は施設の比率が低く、2002年度で施設入居者は30.5%に過ぎず、在宅受給者が約70%を占める。在宅給付は3種類に分けられ、現金給付が49.5%、現金と現物給付の組み合わせが10.4%、現物給付が8.4%であった^{xxviii)}。つまり在宅給付のうちでも現金給付が大半なのである。そのことがドイツの介護保険財政の規模拡大を抑制しえてきた理由といわれている^{xxix)}。2003年の統計で、ルクセンブルクでも約8割の受給者が現金給付を選択している^{xxx)}。他方、現金給付はその使われ方の不透明さや介護員の専門性、介護の質の不均質性という点で多くの問題をはらんでいる。現金給付は主として家族介護者への報酬に充てられることが想定されているが、家族介護者は通常専門職ではない。家族介護者が不都合な場合、介護の専門教育を受けてはいない失業者や外国生まれの介護員を雇い入れ、その人件費となる。つまり現金給付による介護制度とは、介護の担い手を専門教育履修者・資格保持者に限定させることはできない。これは日本の介護保険下の在宅介護給付と大いに異なる点である。日本の訪問介護活動には、研修履修した認定資格を持つ者しか実施できない規定である。研修・認定資格制度は幾つかのコースがあったが、最も研修期間が短いホームヘルパー3級は2010年3月以降、介護報酬の対象から外された。つまり所持資格のレベルが引き上げられ、ホームヘルパー2級以上が求められた。2013年4月からは研修制度も初任者研修と実務者研修とに絞り込まれた。1987年に制定された国家資格・介護福祉士の取得条件も改正され、新制度では養成施設ルートで1800時間程度（実習含む）、実務経験ルートでは実務経験3年以上に研修450時間を経て、国家試験の受験資格が得られる。

日本以外の主要先進国でもそれぞれ介護専門職養成の教育研修や資格制度を制定している。ドイツでは高齢者介護の専門職として3年間の教育期間を経て取得する老人介護士（*Betreuungskräfte*）の資格がある。老人介護士は1960年代末からあるが、州によって研修の年数や内容が異なっていたのを、2004年法によって全国統一的な基準に基づく制度にした。200時間の理論と2500時間の実習で構成されている^{xxxi)}。認可介護サービス事業所、認可介護ホームにおいて一定の業務は介護専門職に限り認められており、その際、老人介護士と看護師が同等の専門職として位置付けられている。それゆえ老人介護士は家事援助はもとより、要介護者に対する身体的な介護である基礎介護も看護師による指示・監督を受けることなく、自己責任で行う。これに対して、オーストリアの介護職は基礎介護を行う場合は看護師の指示・監

xxvii) 和田 勝 編著（2007年）、p. 3、p. 320.

xxviii) 岡崎仁史（2003年）、p. 191 - 193.

xxix) Colombo F. & Llina-Nozal A. & Mercier J. & Tjadens F. (2011), p. 219.

xxx) 和田 勝 編著（2007年）、p. 3.

xxxi) Colombo F. & Llina-Nozal A. & Mercier J. & Tjadens F. (2011), p. 199.

督を受けなければならない^{xxxii)}。オーストリアの在宅の生活援助助手（Heimhilfe）は基礎教育として、200時間の理論と120時間の巡回サービスおよび80時間の施設実習で構成される。生活援助職（Plegehife）の研修は1年間で理論と実習の合計で1600時間である。オランダの生活援助・介護職は3段階あり、レベル1の研修は1年間（主として実習）、レベル2は2年間（フルタイムの職業教育）、レベル3は3年間（中等技術教育準備課程履修、または上記のレベル2を含む同等の課程履修者が条件）である^{xxxiii)}。

例として上記に挙げた国々に見るように、高齢者の生活援助及び介護にあたる専門職の制度は、養成研修期間や資格の規定も各国それぞれ異なり、多様である。国によっては介護労働者の資格の規定が定められていない場合もあり、保健医療・福祉分野では低いレベルの専門職に位置付けられている。専門の資格を所持していない労働者も多い。たとえば、オランダでは17%～60%の従事者がその仕事にふさわしい資格を持っていない。オーストラリアでは在宅援助・介護職の30%がその仕事に見合う資格を所持していない。反対に、高度な教育をうけた介護職もまた存在する。オランダでは在宅介護職の20%はこの分野の最高レベルの資格を所持している^{xxxiv)}。外国生まれの労働者の場合、本国で得た資格よりも低い職階の仕事に従事している例もしばしば見受けられる。

欧州の中の17カ国における外国人援助職の研究調査（Eurofamcare）結果によると、どの国でも多かれ少なかれ多くの外国人労働者が高齢者介護を担っている。外国生まれの介護職は中高年の女性が圧倒的である。ドイツでは介護職の25%（2007年）が外国生まれであり、同様にオーストリアでは高齢者職員の33%および在宅介護従事者の27%（2007年）、スウェーデンでは障害者・高齢者分野の従事者の13%（2005年）が外国生まれである。高齢者分野で外国人労働者が最も多いのがイタリアであり、その分野の72%が外国人である^{xxxv)}。2002年7月の新移民法で、イタリア政府は闇市場で働いていた家事・介護領域の非正規滞在労働者を多数正規化させた^{xxxvi)}。在宅の要介護者が24時間の見守りが必要な時など、就労許可証を持たない外国人が住み込みで介護を担っている場合がある。2006年、オーストリアでこの闇労働が社会的問題となり、2007年7月の居宅介護法及び改正後の営業規則の施行によって、24時間の居宅介護を行う者の正規就労化が図られた。そして2008年から雇用主が外国人労働者を社会保険未加入のまま雇うことを禁じた^{xxxvii)}。

xxxii) 松本勝明（2011年）『ヨーロッパの介護政策—ドイツ・オーストリア・スイスの比較分析—』、ミネルヴァ書房、p. 219–231.

xxxiii) Colombo F. & Llina-Nozal A. & Mercier J. & Tjadens F. (2011), p. 199–202.

xxxiv) 同上、p. 203.

xxxv) 同上、p. 211.

xxxvi) 宮崎理枝（2005年）「イタリア—社会福祉の現状 I 高齢者福祉と介護労働問題」、仲村優一、阿部志郎、一番ヶ瀬康子 編集代表『世界の社会福祉年鑑 2005 第5集』、旬報社、p. 65–69.

xxxvii) 松本勝明（2011年）、p. 237–242. Colombo F. & Llina-Nozal A. & Mercier J. & Tjadens F. (2011), p. 238.

Ⅲ. フランスの訪問介護サービスと国家戦略「人へのサービス」の動向

Ⅱ章で先進諸国の大半で現金給付と現物給付を併存させている訪問介護給付の状況を概観したが、そうした国の一つとして本章ではフランスを取り上げ、訪問介護の給付方式を紹介し、さらに雇用・産業政策として高齢者援助も含めた日常生活の支援サービスを包括させた「人へのサービス」(Services à la personne：略称SAP)戦略について解説する。

フランスで2001年7月20日法により、2002年1月1日から実施されている個別自律手当制度(Allocation personnalisée d'autonomie：略称APA)^{xxxviii}は社会保険ではなく、地方自治体の県を運営主体とする税による公的給付である。60歳以上を対象として、老いによる自律喪失を5番目の社会的リスクと認知し、それに対する権利として収入の多寡にかかわらず、心身の状況が所定の要介護状態と認定された人に給付される。国が定めた老齢自律能力度判定基準AGGIRに基づき、最重度～中軽度(GIR1～4)と判定された高齢者が給付対象となる。在宅にも施設にも適用されるが、在宅の場合は県の保健福祉チームによって、国の定める介護給付の上限額と本人(および家族など身の介護者)の希望に基づき、ケアプランが設計される。財源としては地方自治体のほか国からの拠出金も投入されているが、県の権限によって運営され、県議会の方針と財政状況によって給付内容やサービス提供事業所への介護報酬などの運用はかなり異なる。2009年末、個別自律手当を受給した人は全土合わせて114万8,000人であった。そのうち在宅サービス利用者は69万9,000人(61%)、施設入居者は44万9,000人(39%)を記録した。在宅給付にはショートステイ、デイケアサービス、宅配食、緊急連絡装置、住宅改善、輸送サービス、車椅子や杖、医療費でカバーされない排泄介護用品などがあるが、何ととっても最も利用されているのは訪問介護である。

個別自律手当制度(APA)の訪問介護サービスは現物給付として介護サービス提供事業所に利用者の給付手当額が支払われる事業所提供方式(*prestataire* ①)と、要介護と認定された本人が介護職の雇用主になる現金給付とが併存している。後者の場合、要介護と認定された者が仲介業者に事務手続きや介護職紹介を依頼してサービスを受ける仲介方式(*mandataire* ②)と、要介護認定者本人が直接介護職を探し、(しばしば家族や周囲の人の助けを借りて)事務手続きをこなす直接方式(*emploi-direct* ③)とがある。3つの方式は労働法Art. L7232-6に規定されており、3方式のどれにするのかは受給者本人の選択による。

1. 個別自律手当制度(APA)下の3方式の訪問介護サービス状況と課題

介護サービスは最も数の多い民間非営利事業所(*association*)、公法人の市町村(または市

xxxviii) 日本の介護保険下では“自立”という語句が使われている。本稿ではフランスの介護給付制度についてはWHOの定義にのっとり、“個別自律手当”とする。WHOは“autonomy”を“自律性”、“independence”を“自立性”と定義している(2002)。

町村間）社会福祉センター（CCAS・CICAS）、あるいは1996年法によって参入可能になった民間営利企業によって提供されている。これらの事業所サービスは社会福祉・医療福祉事業を規定する2002年1月2日法による認可（autorisation）、あるいは2005年12月1日の政府命令（ordonnance）による認証（agrément）を受けていなければならない。

① 事業所提供方式（le mode prestataire）

在宅サービス事業所の勤務介護職によってサービスが提供される。民間非営利事業所や市町村社会福祉センター・市町村（間）社会福祉センター（CCAS・CICAS）によるサービス提供は伝統もあり、在宅介護職の国家資格・社会生活介護士（auxiliaire de vie sociale）の資格保持者数も多く、基本的には最もサービスの質が確保されている。働く方にとっての労働条件は他の2つの方式より優れている。例えば、民間非営利事業所の労働協約では移動費支給、業務調整管理担当者配置、研修や福利厚生などが規定されている。しかし、サービス料金は他の方式に比べて最も高いことが、市場の価格競争で極めて不利となる。

② 介方式（le mode mandataire）

仲介事業所によって紹介された介護職が高齢者宅を訪問してサービスを行うが、介護職の利用者は高齢者である^{xxxix}。事業所は求人、高齢者に替わって使用者の税・社会保険に関する事務を行う。このことが高齢者によく理解されず、使用者としての義務不履行で裁判になる場合がある。利用者の支払う料金は事業所提供方式より安価であるが、直接雇用方式よりは高い。

③直接雇用方式（l'emploi direct）

高齢者が直接、介護職を雇う方式であり、一般に“お気に入りサービス係”というような意味の“service de gré à gré”とも呼ばれる。外部の機関が間に入らないため、最も安く利用できる、1時間当たり最低賃金の場合、額面8.86ユーロ（2010年1月1日）である^{xl}。しかし、直接雇用方式の介護職には資格条件はなく、研修機会にも恵まれない。質のコントロールも実施されていない。

個別自律手当を受給する高齢者の介護職として身内が雇われるという方法で家族介護を有償にすることもできる（2001年7月20日法232条6）。ただし、この規則では配偶者や事実婚・パックス（市民連帯契約）の連れ合いは有償介護者にはなれない。2006年のDREES調査では、この方法を選択する受給者は全体の8%であり、有償介護者になった家族の88%は女性であった。ドイツの介護保険でも同様の方法を取り、多くの世帯で女性家族が介護者になって現金給付を受ける選択をしているが、フランスではあまり広がらない。離職に見合った介護報酬額ではないこと、介護期間が過ぎた後の再就職口を見つけることが極めて難しいこと、認定された労働時間をはるかに超えて介護に拘束されるリスク、使用者—被用者の関係が家族間の心理的

xxxix) 仲介方式は、日本の看護・家政婦紹介所（職業安定法で事業の許可、紹介手数料などを規定）と同じ仕組みで、紹介所を介して、利用者が訪問看護師・家政婦の雇い主となる。

xl) Rosso-Debord, V., La commission des affaires sociales (2010) *Rapport d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*, N° 2647, Assemblée nationale, le 23 juin, p. 24.

調和を壊すことなどが理由として挙げられている^{xli)}。

2010年発行の会計検査院報告書によれば、個別自律手当制度受給者の28%が直接雇用方式を活用している。本来なら信頼できる事業所方式の質の良いサービスを受けるべき重度の要介護状態の高齢者も直接雇用方式のサービスを多く活用している。個別自律手当の要介護度別の給付上限額では足りず、自己負担でサービスを購入しなければならない場合があることも起因している。しかし、直接雇用はサービス提供の管理者が存在せず、問題が生じた時の相談協議の機会がない。

直接方式や仲介方式の支払いには「サービス職雇用万能小切手」(CESU)が活用されている。利用者自らが雇い主になることで生じる事務の煩雑さを軽減するために考案された小切手で、高齢雇用主の金融機関口座から自動的にサービス利用経費が引き落とされ、社会保険料は社会保障家族手当掛金徴収 (URSSAF) に申告される。

しかし、仲介方式や直接雇用の問題点を浮き彫りにする破棄院の判決が2013年5月23日に下された(労働法廷 11-12029)。高齢者に雇用された介護職が高齢者の孫である少年に人種差別の暴言を受け、仕事を妨害されたことで彼女の方から契約を破棄した行為に対してフランスの最高裁判所が正当と認めたのである。少年の祖母のために介護職が用意した食事を何度も床に落とされたのだという。管理能力を喪失した高齢者が雇い主になる問題が問われている。

個別自律手当 (APA) 給付による自己負担は所得とサービス量によって、料金の0%~90%の変動制である。2003年から2009年の受給者統計によれば、4分の1の利用者が無料で受給していた。その半面、所得の多い人には給付の価値が非常に小さく見えるが、実は所得の高い人ほど利得も大きい所得税控除制度が個別自律手当 (APA) に適用されている。1991年12月31日法によって、幼児、高齢者、障害者に対する援助職を雇用した世帯に対して一定の限度額内でその年間雇用支払額の50%の額を課税所得から控除できる制度がある。介護職の雇用主に対する使用者社会保険料免除制度も1987年から開始されている。個別自律手当を含む社会福祉給付に対して日本の消費税にあたる付加価値税 (TVA) は5.5%の最軽減税率が適用されている。

以上のような多層化した税・社会保険料優遇策の結果について、国民議会社会事業委員会でロッソ・デボルド議員は「高齢雇用主に対する公的援助は、30億ユーロにのぼり、これは租税と社会保険料免除のほぼ半分に達する」^{xlii)}と発言している。

2. 生活支援サービスを雇用・産業政策の目玉にした「人へのサービス」(Services à la personne)における高齢者援助

2005年2月、ボルロー雇用・社会的団結・住宅大臣によって発表された「人へのサービス振興計画」は、社会福祉領域の仕事も含め、個人の家で行う21の職種を「人へのサービス」とい

xli) Conseil emploi revenus cohésion sociale (CERC) (2011) *Les services à la personne*, Rapport N° 8, p. 88.

xlii) Rosso-Debord, V., *La commission des affaires sociales* (2010), p. 24.

う名称でひとまとめにして、これらの仕事の振興を図ることで50万人の新雇用創出を目指すというものであった（一部個人宅外で幼児を預かる職種も含む）。21の職種は大別して2つのカテゴリーに分けられる。一つは70歳以上の高齢者、障害者、幼児への援助職という“虚弱な人々”と呼ばれる対象者への社会福祉領域の仕事であり、もう一つは庭の手入れ、家の修繕、家の一時的管理・警護、掃除・片付けなどの家事、宅配食、洗たく・アイロンかけシート類の集配、パソコン・サポート、家庭教師など、高齢者の生活ニーズにもこたえているが、共稼ぎカップル世帯を顧客とする生活の快適さを求めるサービスである。「人へのサービス」という枠組みの雇用・産業政策の中に付き添い、介護、保育サービスといった従来の社会福祉分野を包含させたのである。以降、2005年から2006年にかけて「人へのサービス」に関する種々の施策が打ち出された。ところが2002年1月2日法によってすべての社会福祉・医療福祉活動事業所は県議会の認可取得が義務付けられている。上述した2005年12月1日の政府命令（ordonnance）では、「事業提供方式事業所は、認可か、良質認証（agrément qualité）かを選ぶことができる」と規定した。すなわち認可は認証と同等の価値をもつとして、2002年1月2日の社会福祉・医療福祉法に基づく認可の価値を相対化し、同時に認証ラベルの営利企業を社会福祉分野の中に参加しやすくした。また、2005年7月26日法で「人へのサービス庁」を発足させ、従来の在宅援助職雇用小切手（CES）の機能を拡大させたサービス職雇用万能小切手（CESU）を誕生させた。認可が県の所管であるのに対して、認証に関する権限は県における国の代表である知事（Préfet）にあり、窓口は国の県雇用・職業研修部局（DDTEFP）である。認可よりも認証の方が手続きが簡便で取得しやすい。こうして在宅サービス分野への企業参入を容易にして、競争原理を呼び込んだ。

社会福祉分野に適用されていた税・保険料の優遇措置を他の生活支援のサービスに拡大した。その結果、税・保険料の軽減措置の申告者数は1996年と2008年では、6.4%から12.8%に増加した。「人へのサービス」分野事業の伸び率は1996年から2008年まで年々普及し、大きく成長した。しかし、「人へのサービス」租税軽減総額の60%は、10%の富裕層が活用したのであった^{xliii}。

リーマンショックによる税源の大幅な落ち込みを受けて、2011年、フィヨン内閣は租税・保険料優遇政策にメスを入れ、70歳以上の人、虚弱な人への租税・保険料軽減策を残しつつ、他の一般層の優遇策を縮小した。他方で、「人へのサービス」の対象項目を若干変更し、虚弱な人を中心にすえる制度に切り替えた。その結果、2011年度の「人へのサービス」部門の支払い時間総数は初めて前年度割れを示し、前年度より1.8%減少した（8億7,600万時間）^{xliv}。

「人へのサービス」の2011年の活動状況を分析した2013年4月刊行の統計研究推進局（DARES）の資料によれば、高齢者に対する援助は「人へのサービス」の柱になっていることがわかる。

xliii) L'Expansion (2011) “La niche fiscale de l'emploi à domicile profite surtout aux riches”, <http://lexpansion.lexpress.fr/>.

xliv) DARES (2013) “Les services à la personne en 2011: une baisse globale de l'activité et de l'emploi”, *Analyses*, avril 2013 N°025, p. 1.

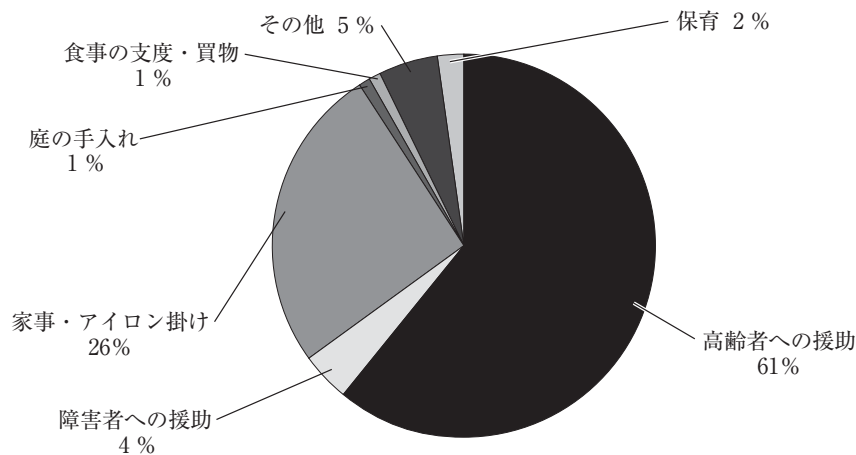


図3 仏「人へのサービス」分野における民間非営利事業所の活動時間割合（2011年）

出典 DARES: "Les services à la personne en 2011: une baisse globale de l'activité et de l'emploi", *Analyses*, avril 2013 N° 025, p. 9.

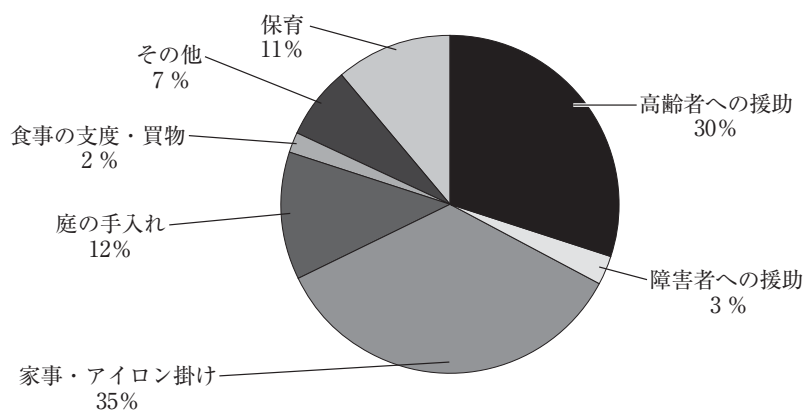


図4 仏「人へのサービス」分野における民間営利企業の活動時間割合（2011年）

出典 DARES: "Les services à la personne en 2011: une baisse globale de l'activité et de l'emploi", *Analyses*, avril 2013 N° 025, p. 9.

サービス職種は2005年当初とは若干異なる部分もあるが、“虚弱な人々”といわれる高齢者、障害者、3歳未満の児童を対象としたサービスは民間非営利事業所が圧倒的に活用されている。とりわけ高齢者援助は全体の提供時間の61%にのぼる（図3）。高齢者援助は営利企業でも大きなシェア（30%）を占めているが、それよりよく利用されているのは家事・アイロン掛け（35%）である（図4）。租税・保険料減免措置の縮小によって、個人が雇用主になるサービス利用は減ったが、事業所提供サービスは若干の増加を記録した。しかし、民間非営利事業はほぼ横ばいで、民間営利企業の着実な伸びが目立つ。個別自律手当（APA）の財政的困難さから県から受け取る介護報酬額では経営の難しい民間非営利事業所の中には倒産に陥るところが近年多い。同介護手当制度の抜本的改革を待ちながら、民間非営利事業所は政府により2012年・2013年は特別助成を受けている。民間非営利事業所自体の経営の現代化も要請されている。

IV. 先進主要国との比較から、今後の日本の訪問介護サービスへの考察

2015年の介護保険改正案の主要点のひとつとして挙げられている要支援者への訪問介護給付の地域支援事業への移管をめぐって、本稿はまず改正案の要因、および現在でも住み慣れた地域で暮らし続けていくために高齢者が利用しているボランティアや民間企業による生活支援状況を概観した。次に先進主要国の訪問介護サービスの給付状況を知ることで、日本の介護保険の特色を2つ抽出した。ひとつは他の主要諸国のほとんどが一介護保険実施の国もそれ以外の方式の国でも一訪問介護に現物給付と現金給付を併存させているのに対して、日本の介護保険では訪問介護は現物給付のみである。もうひとつは日本の介護保険の給付の総合制である。日本の介護保険は高齢者専用（40歳—64歳の被保険者への給付は老いによる16特定疾患者に限定）であるのに対して、欧州の3カ国にみる介護保険は全年齢を対象にしているが、他方で給付対象者を中・重度に狭めている。日本では“介護の社会化”というキャッチフレーズとともに新しい保険料徴収を実現させ、軽度の要支援者から最重度の要介護者まで総括的にカバーする給付と事業の仕組みを構築した。

以上の日本の介護保険の二つの特徴は、今回の改正案が論議を呼ぶ根拠となっている。

欧州での訪問介護の現金給付状況を見ると、現物給付に比べてコスト削減という大きなメリットがある半面、労働条件や就労の合法性など、労働・雇用における不透明性がついて回る。先進主要国ではそれぞれ介護職の研修や資格制度を設けているが、現金給付の使途先である介護者はこれらの専門職養成・認定制度のルールに乗れることが非常に少ない。家族介護者の場合もたぶんに労働としての認定時間以上に拘束され続ける仕掛けになっている。日本でも現金給付を推薦する研究者^{xlv)}も存在するが、現在のところ、日本の選択は現物給付のみを堅持する路線である。とすれば、訪問介護の給付のあり方で問われるべきひとつは、給付対象の絞り込みの方法である。現行の要介護度（要支援度）認定制度だけでは不十分であり、援助の必要度を図る新たなツールの開発、現行ツールの改善が必要ではないだろうか。現行の要介護度認定のツール設計からすでに10数年が経つ。要支援認定受給者数は1・2を合わせれば、2012年度受給者総数の中で27.9%を占める^{xlvi)}。認定者総数の3割弱という要支援認定者の幅はきわめて広い。要支援認定者の中で最も介護サービスが必要な人を選別できる他のツールが開発できないのだろうか。今の認定ツールとは異なる角度からの必要度判定方法があり得るのではないのか。たとえば、認知症に関して他領域にわたる研究調査はEUなど世界各地で現在進行している。フランスの国の計画「第3次アルツハイマー症対策」（2009—2012）実施では個別自律

xlv) 増田雅暢（2003）『介護保険見直しの争点—政策過程からみえる今後の課題—』、法律文化社、p. 190—198.

xlvi) 厚生労働省平成23年度介護保険事業状況報告（年報）のポイント、p. 7.
http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/11/dl/h23_point.pdf

手当（APA）で使われている要介護度判定表AGGIRとは異なるツールが試用された。日本各地で認知症の症状と身体的衰弱を抱えながらぎりぎり自宅でほぼ自立生活を営んでいる超高齢カップル・独居者がいる。身体介護は必要がなくとも、こうした人々を抽出できるような必要度判定の新しいツールの開発は喫緊の課題ではないだろうか。そうでないと、介護保険に対する信頼が薄まるリスクがあるだろう。

現在でも高齢者が地域で暮らし続けていくために介護保険を活用しつつ、地域のNPOや民間企業の生活支援サービスを活用している高齢者は多い。たとえば通院付き添いは介護保険給付で利用できるが、それ以外の外出介助は自費で賄っている。市町村管轄の介護保険の地域支援事業サービスであれば、準市場のサービスである。しかし、自由市場のサービス活用について行政はどういう形で介入できるのであろうか。その地域に自由市場サービスしかない場合、低所得の高齢者への支援はどうあるべきなのだろうか。また、判断能力の弱くなった認知症の高齢者が自由市場サービスの利用当事者であるときの課題を、フランスの訪問介護職の高齢雇用主への裁判判決が示している。さらに、雇用・産業振興戦略である「人へのサービス」振興のために重ねた税・保険料優遇措置が巻き起こした利得によりサービス利用が富裕層に偏った結果と、2011年の制度改正によって虚弱な人々を対象の中心にすえた調整過程に、教訓をくみ取ることができる。成長戦略の一角に虚弱な人々を対象にした産業振興が含まれる時に、制度設計に注意すべきことは多い。

参考文献

1. 池田省三（2011年）『介護保険論—福祉の解体と再生』、中央法規出版株式会社。
2. 大森正博（2011）“オランダの介護保障制度”、国立図書館『レファレンス』平成23年6月号。
<http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/refer/pdf/072503.pdf>
3. 岡崎仁史（2003年）「ドイツ—社会福祉の状況Ⅰ 介護保険」、仲村優一、阿部志郎、一番ヶ瀬康子 編集代表『世界の社会福祉年鑑 2003 第3集』、旬報社。
4. 財団法人 介護労働安定センター（2012年）『介護労働の現状について—平成23年度介護労働実態調査』、平成24年8月17日。
5. 菊池いづみ（2010年）『家族介護への現金支払い』、公職研。
6. 厚生労働省平成23年度介護保険事業状況報告（年報）のポイント。
http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/11/dl/h23_point.pdf
7. 厚生労働省2013年5月15日 第44回社会保障審議会介護保険部会配布資料1「介護保険制度を取り巻く状況」
8. 藤森宮子（2013）「フランス—高齢者福祉」、宇佐見耕一、小谷真男、後藤玲子、原島博編集代表『世界の社会福祉年鑑 2013 第13集』、旬報社。
9. 増田雅暢（2003）『介護保険見直しの争点—政策過程からみえる今後の課題—』、法律文化社。
10. 松本勝明（2011年）『ヨーロッパの介護政策—ドイツ・オーストリア・スイスの比較分析—』、ミネルヴァ書房。
11. 宮崎理枝（2005年）「イタリア—社会福祉の状況Ⅰ 高齢者福祉と介護労働問題」、仲村優一、阿部志郎、一番ヶ瀬康子 編集代表『世界の社会福祉年鑑 2005 第5集』、旬報社。
12. 棕野美智子、田中耕太郎著（2013）『はじめての社会保障 第10版』有斐閣
13. 結城康博（2011年）『日本の介護システム—政策決定過程と現場ニーズの分析』、岩波書店。

14. 和田 勝 編著 (2007年)『日本・ドイツ・ルクセンブルク国際共同研究 介護保険制度の政策過程』、東洋経済新報社.
15. Conseil emploi revenus cohésion sociale (CERC) (2011), *Les services à la personne*, Rapport N° 8.
16. Colombo F. & Llina-Nozal A. & Mercier J. & Tjadens F. (2011) *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Paris: OCDE.
17. DARES (2013) “Les services à la personne en 2011: une baisse globale de l'activité et de l'emploi”, *Analyses*, avril 2013 N° 025.
18. Rosso-Debord, V., La commission des affaires sociales (2010) *Rapport d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*, N° 2647 Assemblée nationale, le 23 juin.
19. 秋田魁新聞 2013/11/11 《社説：24時間在宅介護 地域事情に即し改善を》
<http://www.sakigake.jp/p/akita/editorial.jsp?kc=20131111az>
20. 朝日新聞デジタル 「『女性が働くためには家事支援をもっと』 自民・塩崎氏」 2013年 3月24日.
<http://www.asahi.com/politics/update/0324/TKY201303240032.html>.
21. 小竹雅子「特別寄稿 プログラム法案で決まる要支援者の給付はずしー介護保険制度改革の論点(7)」 2013年11月5日. 『ケアマネジメント オンライン』 p. 1.
http://www.caremanagement.jp/?action_news_detail=true&storyid=11500&view=all.
22. 2013年 6月 2日 産経ニュース、「認知症高齢者462万人、厚労省研究班 予備軍も400万人」(家族・少子高齢化)、<http://www.sankei.jp.msn.com/life/news/30602/tr//30808020826000s-12.htm>.
23. 時事通信 2013年11月11日 「『要支援』に追加財源＝市町村移管で特例―厚労省」
<http://www.jiji.com/jc/zc?k=201311/2013111300471>
24. 毎日新聞 東京朝刊 2013年 1月28日「介護報酬改定. ヘルパーアンケート『ケア内容制限』 6割に」.
25. L'Expansion (2011) “La niche fiscale de l'emploi à domicile profite surtout aux riches”, <http://lexpension.lexpress.fr/>